# THÈSE

## POUR LE DOCTORAT

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY. |
| **Professeurs** | **MM.** |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et chimie minérale | A. GAUTIER |
| Parasitologie. Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | DEJÉRINE<br>BRISSAUD |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | PIERRE MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | QUENU |
| Pharmacologie et matière médicale | G. POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | GILBERT BALLET |
| Pathologie comparée et expérimentale | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>HAYEM<br>DIEULAFOY |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU<br>BERGER<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBÉCOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBRÉDANNE |
| BESANÇON | DESGREZ | LENORMAND | POTOCKI |
| BRANCA | DUVAL | LOEPER | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LEGRY | RENON |
| BROCA ANDRÉ | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL, chef des travaux anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

---

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

1908 N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le samedi 25 juillet 1908, à 1 heure*

PAR

Maurice CRÉANGE.

# CHANCRES MOUS DE L'ANUS & DU RECTUM

*Président.* M. A. CHANTEMESSE, *Professeur.*

*Juges :* MM. LETULLE, *Agrégé.*
MORESTIN, *Agrégé*
JEANNIN, *Agrégé*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE PRINCE, 19

1908

454

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur CHANTEMESSE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Inspecteur général des Services Sanitaires
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine, etc.

*en témoignage de reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.*

A NOTRE COMPATRIOTE

Monsieur le Docteur G. MILIAN

Médecin des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur GAUCHER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le Professeur PINARD

Monsieur le Docteur WIDAL

Médecin de l'Hôpital Cochin

Monsieur le Docteur GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Monsieur le Docteur THIÉRY

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur HUDELO

Médecin de l'Hôpital Tenon

Monsieur le Docteur TRIBOULET

Médecin de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Docteur LAFFITTE

Médecin des Hôpitaux

# CHANCRES MOUS
## DE L'ANUS ET DU RECTUM

### AVANT-PROPOS. — HISTORIQUE

Ayant eu l'occasion d'observer, à la consultation de médecine de l'hôpital de la Charité, un cas fort intéressant de chancres mous de la région ano-rectale, nous avons songé, en présence de la rareté du fait et du peu de documents rassemblés sur ce sujet, à en faire l'objet de notre thèse. M. le docteur Milian a bien voulu guider nos recherches dans l'élaboration de ce travail et nous tenons à lui exprimer ici l'expression de notre reconnaissance et de notre sympathie.

L'histoire du chancre mou de l'anus est celle du chancre mou en général ; les premiers observateurs, qui firent la distinction entre la chancrelle et le chancre infectant signalèrent sa présence fréquente en cette région : toutefois la question ne fut abordée sérieusement qu'en 1871 par Péan et Malassez. Ces auteurs, dans leur *Étude clinique sur les ulcérations anales* donnèrent des chancres *mous de l'anus* une bonne description : ils publièrent un certain nombre d'observations que nous avons cru utile de leur emprunter.

Plus tard, en 1877, Mollière, de Lyon et en 1894, Diday étudièrent le chancre mou anal avec beaucoup de soin Mollière montra les graves complications qui peuvent survenir chez l'individu atteint de chancres de cette région

et Diday fixa son attention sur le traitement de cette affection, si tenace et si pénible pour le malade. En ce qui concerne les chancres mous du rectum, rares sont les observateurs et les descriptions. L'existence de ces chancres fut niée, en effet, pendant fort longtemps : on considérait la muqueuse rectale comme réfractaire à l'inoculation chancrelleuse. Péan et Malassez en font une curiosité pathologique, mais citent toutefois un cas de rétrécissement du rectum.

Wehenckel, de Bruxelles, en 1881, publie une observation de perforation intestinale avec péritonite mortelle survenue à la suite d'un chancre mou du rectum.

En réalité, les chancres mous du rectum, sans être très fréquents, sont moins rares qu'on ne le supposait et nous avons pensé faire œuvre utile en insistant sur l'examen de la région malade qui seul par le déplissement minutieux de l'anus permettra de porter un diagnostic que viendra ensuite confirmer l'étude bactériologique.

## CHAPITRE I

### Etiologie. — Fréquence

La *cause directe* des chancres mous de l'anus et du rectum n'est autre que le *bacille de Ducrey*, que nous étudions au chapitre « *Bactériologie* ».

Les *modes de contagion* peuvent être divisés en deux grandes classes : modes de contagion *directs* et *médiats*.

En ce qui concerne le mode de contagion direct, on conçoit que tout acte de pédérastie permette l'inoculation, à l'anus et au rectum, des chancres mous du sujet actif. Les prostituées clandestines, qui ont la spécialité du chancre simple de la région anale, paient, en effet, un lourd tribut à la pédérastie.

De plus la configuration même des organes génitaux de la femme facilite la contamination de la région anale par le pus qui s'écoule de la vulve ou du vagin vers l'anus, le long du périnée, chez les femmes atteintes de chancres mous de ces régions.

La contamination médiate n'est pas très fréquente. Parmi les exemples caractéristiques de ce mode de contagion, Diday nous apprend que la chancrelle ano-rectale peut être apportée par l'ongle d'un homme qui a une chancrelle au pénis et qui, après l'avoir pansée, se gratte à l'anus sans s'être lavé les doigts.

De plus, on conçoit facilement que tous les objets souillés de pus et mis au contact de la région ano-rectale puissent y provoquer le développement de chancres mous : éponges, linges, serviettes, papiers, canules d'irrigation, bidets, bassins, latrines, instruments de chirurgie, etc. On a cité le cas de chancres mous de l'anus transmis par un crayon de nitrate d'argent qui avait été mis au contact de cette région après avoir servi à la cautérisation de chancres mous du pénis, et Diday a vu deux fois le chancre mou de la région anale chez une femme qui avait couché dans des draps malpropres d'un hôtel de dernier ordre de Lyon.

Au point de vue de la fréquence, l'étude des divers modes de contamination nous a montré que la femme, beaucoup plus souvent que l'homme, était atteinte de chancres mous de la région ano-rectale, et Jullien dit que si l'on rencontre à peine un chancre mou de l'anus pour deux cents chancres chez l'homme, en revanche, on trouve en moyenne un chancre mou de l'anus pour huit chancres simples chez la femme.

Cette plus grande fréquence chez la femme s'explique aisément par les considérations que nous avons faites plus haut à propos de l'étiologie des chancres mous ano-rectaux. Nous avons montré, en effet, que la configuration des organes génitaux de la femme permettait la contamination de l'anus par les liquides venus de la vulve. De plus, la pédérastie s'observe plus souvent d'homme à femme que d'homme à homme, et la rareté du chancre mou ano-rectal chez l'homme s'explique facilement si l'on songe aux douleurs que causerait l'intromission d'un pénis dans un anus atteint de chancre mou.

## CHAPITRE II

### Symptomatologie. — Variétés objectives

Quelle que soit son origine, la lésion présente des aspects très variés ; 1° suivant le siège, 2° selon qu'occupant un même siège, elle sera le point de départ de telle ou telle complication.

Au point de vue du siège, nous diviserons les chancrelles de la région ano-rectale en trois catégories :

*A*) *celles de la rainure interfessière*

*B*) *les chancrelles margellaires.*

*C*) *les chancres mous du rectum.*

*A*) Les chancrelles de la rainure interfessière sont assez communes. Elles ne se développent guère que secondairement, succédant à des lésions analogues, siégeant à l'anus ou sur les organes génitaux. Leur aspect est particulier, d'où leur nom d'érosions chancreuses, les chancrelles sont peu profondes, peu étendues, à bords légèrement déchiquetés, sans décollements. Leur marche est lente, sans d'ailleurs la moindre tendance à l'extension.

*B*) *Chancres mous de la marge.* Il n'est pas de région

dans l'organisme où le bacille de Ducrey puisse trouver un refuge plus caché, plus inexpugnable que l'anus.

L'ulcère siège d'ordinaire, *entre les plis rayonnés de l'anus*, en avant ou en arrière, plus rarement sur les côtés. Il existe souvent deux chancres placés l'un en avant, l'autre en arrière. Mollière considérait ce fait comme une preuve de la rareté du chancre mou par inoculation pédérastique, la dimension des chancres mous de la région anale varie de la grosseur d'une pièce de vingt centimes à celle d'une pièce de cinq à dix centimes, voire même de cinq francs.

La chancrelle anale a d'ordinaire la forme d'une ulcération *fissuraire*, creuse, allongée, suivant la direction des plis radiés, s'enfonçant plus ou moins dans l'anus. Son extrémité externe déborde parfois l'anus sous forme d'un bourrelet composé de deux segments adossés qui, lorsqu'on dilate l'anus, s'écartent l'un de l'autre à la manière d'un livre qu'on ouvre. C'est ce qu'on a appelé le chancre en feuillet de livre. Disons d'ailleurs que cette disposition n'est pas particulière au chancre simple, on l'observe même plus souvent dans les chancres syphilitiques de la même région.

Ainsi donc à l'anus ; l'affection envahissant de préférence les sillons qui séparent les plis radiés, a la forme fissuraire. C'est une petite érosion à fond jaunâtre, à bords nettement taillés, et qui peu à peu ronge à leur base les plis qui la recèlent. Souples à leur base, le plus souvent petits, ces chancres parfois empiètent très largement sur les téguments et ne se propagent que difficilement du côté du rectum. Ils secrètent un pus assez abondant. Lorsque ces chancres se développent sur un anus très

serré, chroniquement enflammé, fissuraire, ils se multiplient, chaque repli cutané devient un nouveau chancre.

*Chancres mous du rectum.* — Longtemps, on nia leur existence. On disait que la muqueuse rectale était réfractaire à l'inoculation chancrelleuse et on avait fait remarquer pour le démontrer le manque presqu'absolu d'observations. On avait de plus constaté, que malgré la marche extensive de certaines chancrelles, l'ulcération s'arrêtait presque toujours en haut, au niveau où l'épithélium pavimenteux disparaît pour faire place à l'épithélium cylindrique, tandis qu'en bas elle suivait une marche progressive sur le tégument externe.

Quoi qu'il en soit, le chancre mou du rectum existe et même on lui a vu prendre dans cette région profonde d'effroyables proportions.

La chancrelle du rectum présente des bords taillés à pic et plus ou moins déchiquetés. C'est au niveau de ses bords que se produit le travail extensif. Le fond est grisâtre, le pus abondant, sanieux, irritant et comme il fait naître dans la rainure interfessière une éruption érythémateuse, intense et diffuse, les chancres du voisinage seront méconnus. D'ailleurs, il y a ici, pour éclairer le diagnostic, le chapitre des concomitants : presque toujours il existe ou il a existé simultanément d'autres chancrelles intra ou sous-anales, soit qu'elles aient été l'origine, soit qu'elles soient devenues l'effet de leur grande sœur sus-sphinctérienne.

En raisonnant par analogie, il ne serait pas irrationnel d'admettre que la chancrelle rectal peut devenir le point de départ de trajets fistuleux, borgnes internes. On a noté également la destruction des fibres musculaires sphinc-

tériennes, la propagation en profondeur de ces ulcérations. Malheureusement, la rareté des observations n'a pas encore permis une étude très complète de la question.

*Symptômes fonctionnels.* — S'il existe quelques malades qui étaient porteurs de chancres mous de la région ano-rectale sans s'en apercevoir, le fait est exceptionnel D'ordinaire, l'affection se révèle par des douleurs assez vives, pas continuelles, mais se réveillant et s'exaspérant par la marche, la position assise, la défécation. Aussi certains malades gardent-ils le lit, sans oser aller à la selle.

Ces douleurs n'ont pas la forme névralgique de celle des fissures, bien que la contracture ait été observée. Quant au toucher, il est excessivement douloureux.

Les chancres de la région ano-rectale révèlent leur présence par un écoulement de pus qui tache le linge des malades en jaune vert et quand, ayant pratiqué le toucher rectal ; on retire le doigt, il est pour ainsi dire suivi d'une grosse larme d'une matière épaisse et purulente jaune verdâtre, analogue à du pus gonococcique.

Les malades éprouvent des besoins fréquents d'aller à la selle : or, la satisfaction de ces besoins n'amène que l'expulsion d'un peu de matière purulente. La constipation est habituelle, la défécation très pénible, fréquemment accompagnée de pertes de sang, parfois assez abondante. Les selles présentent souvent, ainsi que nous le montrons dans nos observations un aspect rubané.

Les douleurs, les hémorrhagies, les troubles digestifs finissent par retentir sur l'état général qui s'altère au point de faire croire dans certains cas à une cachexie des plus graves. Le moral lui-même est très atteint : le malade neurasthénique et hypocondriaque concentre sa

pensée toute entière sur son affection et le moindre symptôme douloureux le plonge dans une complète désespérance. Les femmes atteintes de chancre mou ano-rectal sont particulièrement nerveuses et émotives comme elles le sont d'ailleurs dans toutes les affections de l'anus et du rectum.

## CHAPITRE III

### Le bubon inguinal

Le bubon inguinal est-il une complication du chancre mou ano-rectal ? Ne fait-il pas plutôt partie de sa symptomatologie ?

On a dit qu'il n'était pas constant et que lorsqu'il existait, il pouvait être produit par les chancres concomitants, *ce qui expliquerait pourquoi il n'occupe pas toujours les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de l'anus et du rectum.*

Les observations signalant la présence de ganglions et les décrivant sont rares, nous ne pouvons donc parler du bubon inguinal que d'après notre observation.

Dans ce cas, l'adénopathie était bilatérale. Elle occupait les groupes inguinaux et anaux à la partie tout à fait interne de la cuisse, près de la région inguino-scrotale. Il y avait à chaque région de l'aine deux ou trois ganglions occupant le pli lui-même et orientés comme lui ; au dessous, existaient également deux ou trois ganglions, mais faisant partie du groupe crural, à la partie tout à fait interne de celui-ci. C'est en effet dans ce territoire gan-

glionnaire qu'aboutissent le plus souvent, ainsi que l'a montré Quénu, les lymphatiques de l'anus et de la région avoisinante du rectum. Ces ganglions ont passé par deux aspects successifs bien différents à la période d'état, ils étaient gros, un peu empatés ; certains d'entre eux s'accompagnaient de rougeur de la peau sus-jacente comme si la suppuration était imminente. Cet aspect était bien caractéristique du bubon chancrelleux et ces bubons-bilatéraux inguino cruraux internes en imminence de suppuration devront toujours porter l'esprit vers le diagnostic de chancre mou ano-rectal.

Sous l'influence du repos du sujet et des soins locaux les ganglions diminuèrent rapidement de volume et les phénomènes inflammatoires tombèrent, mais les ganglions devinrent *durs* et restèrent tels pendant *toute la durée* et même *après la guérison* des chancres. Leur dureté était telle qu'elle éveillait immédiatement l'idée d'un chancre induré et que plusieurs personnes non prévenues portèrent sans hésitation ce diagnostic. Cette deuxième physionomie de l'adénopathie du chancre mou ano-rectal mérite d'être signalée. Elle lui paraît spéciale, car pareille manifestation ne s'observe pas ordinairement du moins au cours du chancre mou des autres régions du corps.

*Les condylômes.* — Péan, Malassez, Lermoyez ont spécialement insisté sur la production constante de condylômes sous l'influence de l'irritation causée par le chancre mou. Constitués essentiellement par une hypertrophie du derme, les condylômes font habituellement saillie au niveau de l'extrémité extérieure de l'ulcération sur la même ligne longitudinale ou parfois dans la région

ampullaire du rectum. Leur forme est celle d'un ovoïde à grand axe, parallèle aux replis de l'anus, leur volume peut aller de celui d'un pois à celui d'une noisette ; leur couleur varie du rose au violet, leur consistance est presque fibreuse. Les condylômes internes sont souvent pédiculés, les condylômes externes sont d'ordinaire sessiles.

Ils se développent parallèlement au chancre. L'ulcération chancreuse les envahit par leur partie médiane et, progressant toujours de l'intérieur à l'extérieur, peut arriver à les détruire complètement.

Ambroise Paré, qui ignorait naturellement le chancre mou, avait cependant signalé leur présence : « Condylômes sont éminences ridées et comme excroissances de chair, qui sont même les rugosités du col de la matrice ou les *muscles du siège*, auxquels il y a plusieurs replis serrés les uns contre les autres, principalement lorsqu'elles sont enflammées et endurcies. On les cognoit à la vue et au toucher du doigt. »

Il y a, d'ordinaire, un seul condylôme, parfois, il y en a deux. Les condylômes des chancres mous sont habituellement plus volumineux que ceux qui accompagnent les autres ulcérations anales, les internes plus petits que les externes. Leur surface de couleur rosée le plus souvent, prend chez les personnes atteintes d'hémorrhoïdes une coloration franchement violacée.

## CHAPITRE IV

### Bactériologie

Le diagnostic des chancres mous de la région ano-rectale n'est pas toujours chose facile. Nombreux sont, en effet, les cas où les caractères extérieurs ne permettent pas de porter à coup sûr un diagnostic précis. Les ressources dont on dispose sont alors de deux sortes :

a) L'*inoculation* du chancre à son porteur : on la pratique d'ordinaire au bras, à la façon d'une vaccination. Elle reproduit un chancre simple qui doit être détruit aussitôt.

b) L'*examen bactériologique* montre l'existence du *bacille de Ducrey*. Le pus qui s'écoule des chancres, recueilli sur lamelles, est coloré (après fixation par la chaleur) par une couleur d'aniline quelconque. Le bacille de Ducrey est un petit bacille de 2 $\mu$, trapu, à extrémités arrondies un peu amincies au centre, « en biscuit », et dont les extrémités sont seules colorées. Le bacille ne prend pas le Gram.

Lenglet l'a le premier cultivé sur un milieu complexe. On le cultive plus facilement sur le sang gélosé de Besançon-Griffon.

Très souvent, il y a une grande difficulté, quand ce n'est pas une impossibilité complète de trouver le bacille de Ducrey dans les chancres de la région ano-rectale en raison de l'envahissement du milieu de cultures par des colonies de germes plus exubérants. Aussi, lorsque des infections secondaires empêchent de reconnaître le microbe spécifique, il faut alors chercher celui-ci sur un chancre d'inoculation.

## CHAPITRE V

### Evolution. — Pronostic

La marge de l'anus est plissée comme l'est le limbe du prépuce. A l'anus comme au prépuce, la chancrelle a donc une grande tendance à se perpétuer en se transmettant d'un bord de l'un de ces plis au bord correspondant du pli contigu.

Une fois produit, le chancre s'étend en bas sur le condylôme, latéralement sur le pourtour du conduit anal, en haut jusqu'au niveau du bord supérieur du sphincter et le dépasse s'il s'agit d'un chancre ano-rectal. L'extension de l'ulcération chancreuse ne se fait pas toujours de proche en proche : il se produit dans le voisinage un autre chancre qui, se développant à son tour, rejoint le premier chancre et forme avec lui une grande et unique ulcération. C'est par ce procédé que souvent l'ulcération envahit le condylôme. Quant à l'extension du chancre en profondeur, elle est très variable, tantôt se bornant à la muqueuse, tantôt allant plus loin et peut-être pourrait-on expliquer ainsi la formation de quelques fistules borgnes et recto-vaginales.

Sous l'influence du pus qui s'écoule de l'anus et de la malpropreté dans laquelle se complaisent certaines femmes, toute la région anale se couvre d'intertrigo, il se forme des érosions qui s'inoculent. Des chancres secondaires se développent en nombre plus ou moins considérable au niveau de la région péri-anale où ils forment une véritable couronne. Parmi ces chancres, quelques-uns se présentent avec tous les caractères du chancre simple vulgaire, les autres prennent la forme folliculaire. Ajoutons qu'avec le chancre simple de l'anus coexistent fréquemment des chancres typiques de la zone génitale.

Si le chancre est soigné et si la constitution du sujet est bonne, le chancre anal guérit rapidement ; le fond s'élève, devient rouge et rosé, les bords s'affaissent, se cicatrisent et, n'étant plus décollés se continuent insensiblement avec le fond. Pendant ce temps, les condylômes se flétrissent ou disparaissent ou, tout au moins, diminuent considérablement. Plus tard, le fond de l'ulcère se cicatrise à son tour, il semble comme recouvert d'une pellicule opaline, à travers on distingue la couleur rouge assez foncée des tissus sous-jacents : c'est ordinairement la partie externe de l'ulcération qui se cicatrise la première. Nous n'avons jamais vu le tissu cicatriciel se rétracter et les bords de l'ulcération se réunir en une cicatrice longitudinale et filiforme : le tissu reste souple et la cicatrice conserve, à peu de chose près, les dimensions de l'ulcération ancienne : il y a seulement à ce niveau une légère dépression et une coloration ordinairement plus foncée.

Nous verrons, en étudiant les complications du chancre mou ano-rectal, à quels graves symptômes peut aboutir cette affection. Toutefois, les chancres mous de l'anus

guérissent en moyenne en trois ou quatre semaines : dans certains cas cependant la guérison peut se faire attendre trois ou quatre mois et jusqu'à huit mois, quoiqu'on fasse. Le chancre mou du rectum guérit plus difficilement encore et le milieu septique où il existe, l'adjonction continuelle de nouveaux germes retardent la guérison pendant de nombreux mois.

Quant au pronostic, il devra presque toujours être *réservé*, non pas seulement à cause du phagédénisme, mais parce qu'à un chancre peut succéder un ulcère — ce qui a lieu d'ordinaire chez les hémorrhoïdaires, parce qu'il peut survenir un rétrécissement et des fistules, parce qu'enfin le chancre mou peut être suivi de syphilis.

## CHAPITRE VI

### Diagnostic

Nous avons vu, en étudiant la symptomatologie du chancre mou ano-rectal, combien intenses étaient les phénomènes douloureux.

Comme les plis rayonnés de l'anus sont tuméfiés, comme la douleur est très vive, il est indispensable de prendre certaines précautions pour faire l'examen. On fait placer le malade dans la position genu pectorale, puis on déplisse soigneusement l'anus en écartant les fesses et en priant le malade de vouloir bien pousser comme s'il allait à la selle. On peut anesthésier la région en introduisant dans l'anus, quelques minutes avant l'examen, une mèche imbibée avec une solution de cocaïne à 1/50.

On se rend compte ainsi du nombre des ulcères, de leur aspect, de l'état de leurs bords et c'est même souvent le seul moyen de voir des chancres cachés dans l'anus et le rectum et masqués par le gonflement toujours douloureux de la région. Le *toucher rectal*, pratiqué avec une grande douceur, le doigt recouvert de beaucoup de vaseline et protégé par un doigtier pour sauvegarder

l'opérateur, donne d'utiles renseignements sur la consistance de l'ulcération.

Cet examen, toujours pénible pour le malade, est loin de fournir dans tous les cas des signes suffisants pour établir le diagnostic. L'irrégularité de la région, les phénomènes inflammatoires qui compliquent toutes les ulcérations anales d'induration parfois considérable que prend le chancre simple de forme condylômateuse sont bien propres à donner le change sur la nature exacte de la lésion.

C'est qu'en effet, nombreuses sont les affections capables dans cette région d'égarer le diagnostic et il est indispensable de les bien connaître. Il ne faudra pas confondre le chancre mou ano-rectal avec :

a) *L'érosion et les fissures simples.*
b) *Les ulcérations herpétiques.*
c) *Le chancre syphilitique.*
d) *Les plaques muqueuses.*
e) *Les ulcérations cancéreuses et tuberculeuses.*
f) *La blennhorragie ano-rectale.*

*a*) En ce qui concerne l'*érosion*, la question ne se pose guère qu'avec la lésion décrite sous le nom de forme ulcéreuse du chancre simple.

Les *fissures simples* ne donneront des doutes que lorsqu'elles seront irritées, enflammées, car alors leurs bords relevés ont quelque ressemblance avec ceux du chancre mou; mais ils ne sont pas décollés, le fond n'est pas grisâtre, le condylôme moins voluminenx. Le pus n'est d'ailleurs pas inoculable et l'examen bactériologique tranchera en dernier lieu la question.

*b*) *Les ulcérations herpétiques.* — Elles ne sont pas une maladie de l'orifice anal, de sorte qu'il n'y a lieu de les distinguer qu'avec les chancres de la marge. D'après Fournier, les ulcérations herpétiques sont *plus nombreuses, plus petites, plus superficielles* et *plus douloureuses* que les ulcérations chancreuses et s'il n'y a qu'une seule ulcération herpétique, son pourtour n'est pas régulièrement sinueux. Mais elle paraît comme formée par une série de petits segments de circonférences, ce qui tient à ce que la plaie totale résulte de la fusion de plusieurs petites plaies circulaires. Enfin les ulcérations herpétiques sont ordinairement accompagnées de vésicules d'herpès non crevées et la guérison est presque constamment rapide. Comme toujours, l'examen bactériologique et l'inoculation trancheront la question.

*c*) *Le chancre syphilitique* siège presqu'exclusivement au niveau de l'anus.

Quand il siège dans la *région marginale*, il a les caractères d'un chancre cutané : ulcération peu profonde, à bords épaissis, à fond rouge lisse, recouvert d'une croûte et reposant sur une base indurée.

Le *chancre intra-anal* se cache dans les plis radiés, il a la forme d'une ulcération *fissuraire*, peu profonde, à bords bien taillés, à *base indurée*. Il peut, s'il siège sur un bourrelet hémorrhoïdaire, acquérir un développement considérable.

Le chancre peut siéger dans la région intermédiaire à la peau et à la muqueuse. Sa partie externe est alors composée de 2 segments adossés, qui lorsqu'on dilate l'anus, s'écartent comme deux feuillets de livre entr'ouvert : c'est le chancre *en feuillet de livre* de Fournier.

A part les cas où il est intra-anal, le chancre syphilitique est peu douloureux : souvent même il passe inaperçu. La cicatrisation se fait en 3 ou 4 semaines, l'adénopathie diminue ensuite, mais plus lentement. Bien rarement, le chancre s'enflamme, mais lorsque le pus chancrelleux l'infecte, il s'étend rapidement et prend des allures phagédéniques. C'est le *chancre mixte*.

Exceptionnellement, on découvre l'existence d'un *chancre du rectum* : parfois, il arrive qu'à l'occasion d'écoulements muco-purulents, on pratique le toucher rectal qui révèle la présence d'une ulcération suspecte faisant songer à la syphilis : mais c'est l'apparition de phénomènes secondaires qui fait faire le diagnostic.

*d*) *Les plaques muqueuses* si fréquentes chez l'homme en particulier se présentent sous la forme d'ulcérations superficielles, irrégulières se correspondant souvent d'un côté à l'autre ; elles sont recouvertes d'un enduit jaunâtre et laissent suinter un liquide d'odeur infecte, pénétrante, très caractéristique. Elles peuvent siéger au niveau des plis radiés et prendre le caractère fissuraire ; elles existent également dans le rectum, mais passent alors inaperçues. Très douloureuses, elles disparaissent rapidement, mais leur évolution se fait en plusieurs poussées successives. Elles sont très contagieuses.

*e*) *Les ulcérations tuberculeuses.* — Le fond à sa périphérie est presque de niveau avec les tissus voisins, il paraît plus creux dans ses parties centrales ; sa surface est granuleuse, rouge pâle, baignée de pus jaunâtre avec des bourgeons mollasses livides. Les contours sont irréguliers, les bords à peine saillants, livides, formés par un

tissu qui paraît parfaitement sain. Il y a comme un passage brusque entre l'ulcération tuberculeuse et les téguments restés sains.

Les antécédents des malades, la coexistence de lésions pulmonaires et l'examen microbiologique seront les arguments décisifs en faveur de la lésion tuberculeuse.

L'adénopathie, quand elle existe est peu volumineuse et souvent bi-latérale. Donc ces ulcérations n'ont rien de commun avec le chancre mou à bords décollés, taillés à pic, à fond purulent, diphtéritique, à pus auto-inoculable. Les accidents aigus du début, le condylôme non encore disparu, les traces d'adénite inguinale feront songer au chancre mou.

*f) Les ulcérations cancéreuses.* — Le diagnostic doit être fait surtout avec le cancer anal, bas situé, d'ordinaire l'épithéliome. L'ulcération, s'il s'agit d'une forme végétante et d'une forme *irrégulière, à fond plus ou moins creusé et végétant ;* ces végétations en chou-fleur sont molles, se laissent pénétrer par l'ongle et saignent facilement.

S'il s'agit d'une forme infiltrée, il n'existe pas de tumeur saillante, nette, mais une plaque d'induration à limites vagues, envahisant les tuniques rectales. La surface parfois lisse est creusée le plus souvent de fissures et de sillons anfractueux. On voit par places quelques granulations mais pas de bourgeonnement en chou-fleur comme dans la forme précédente.

*g) La blennhorragie ano-rectale.* — Elle peut être la cause d'une erreur de diagnostic. Nous avons dit plus haut combien la tuméfaction de la région rendait l'examen difficile et douloureux. Si donc on ne pratique pas cet

examen très minutieusement, on risque de n'apercevoir point les petits chancres cachés dans les replis de l'anus.

De plus, la présence d'une muqueuse rouge, excorie, la secrétion d'une matière purulente, très abondante parfois contribueront à arrêter l'esprit de l'observateur au diagnostic de blennhorragie. En dernier lieu cependant, l'analyse bactériologique lévera tous les doutes.

On pourra également avoir à faire un diagnostic avec une *fistule ano-rectale*. La découverte d'un trajet fistuleux tranchera la question.

Quant aux abcès de la fosse *ischio-rectale*, leur symptomatologie ne permettra guère une confusion sérieuse avec les chancres mous de la région ano-rectale.

## CHAPITRE VII

### Complications

Nous avons dit en parlant du pronostic que celui-ci devait être presque toujours réservé. C'est que nombreuses sont les complications du chancre mou ano-rectal.

*a*) Il peut d'abord se compliquer d'*inoculation syphilitique* concomitante. Il s'agit alors de ce qu'on appelle le *chancre mixte*, c'est-à-dire à la superposition en un même point de l'organisme de deux maladies, l'une locale, *la chancrelle*, l'autre générale, *la syphilis*. Le chancre mou qui précède le chancre induré ne présente du reste aucun caractère particulier : il suit son évolution ordinaire, quelquefois même peut se cicatriser, mais dans d'autres cas au lieu de rester stationnaire et de conserver son aspect fissuraire, on le voit à un moment donné s'élargir à sa base et s'indurer. Il prend l'aspect du chancre syphilitique, avec cette différence que la suppuration est beaucoup plus abondante et qu'elle conservera toujours sa propriété caractéristique d'être inoculable au porteur.

Comme les chancres mous siègent souvent sur des anus chroniquement enflammés, hémorrhoïdaires ou plus ou moins hérissés de végétations, l'induration inflammatoire sera prise souvent pour la dureté spécifique et réciproquement ; aussi ce signe si précieux pour le diagnostic des chancres génitaux n'aura-t-il qu'une valeur relative.

*b) Le chancre mou complique les accidents syphilitiques secondaires.* — En ce cas, le diagnostic est d'une grande difficulté. Les plaques muqueuses se développent parfois en effet sur l'anus, sans qu'il y ait d'autres accidents visibles sur les téguments et parfois elles n'apparaissent là qu'en très petit nombre.

*c) Le chancre mou se développe sur un anus hémorrhoïdaire.* — L'ulcération prend alors un aspect rouge violacé. Elle est plus sanieuse et s'élargit plus rapidement, puis elle reste stationnaire et sans avoir la moindre tendance à se cicatriser spontanément. Alors même que le pus a cessé d'être inoculable, l'ulcère persiste : le chancre mou s'est alors transformé en ulcère variqueux.

*d) Le phagédénisme.* — C'est de beaucoup la plus redoutable des complications. Il s'agit en réalité d'une *gangrène interstitielle envahissante*, se présentant tantôt sous la forme aiguë, tantôt sous la forme chronique.

Dans le premier cas, le pronostic est d'une extrême gravité, car le mal se propage avec une très grande rapidité. Les téguments sont détruits et parfois sur une étendue considérable; les ganglions de la région inguinale se tuméfient et cette inflammation aboutit souvent à des suppurations diffuses.

Une fièvre ardente s'allume, fièvre continue, rémittente dont la courbe thermique est tout à fait analogue à celle de l'erysipèle des blessés. Lorsque le phagédénisme affecte la forme chronique, son allure est tout autre. En premier lieu, la maladie est *apyrétique* et l'état général reste toujours satisfaisant. S'il part de l'anus, le phagédénisme à marche chronique abandonne bientôt cet orifice, se propageant graduellement au tégument externe. A mesure que la cicatrisation se produit sur un point, sur un autre l'ulcération étend sa conquête ; c'est ainsi que serpigineusement on la verra envahir les bourses, le périnée, les cuisses, l'abdomen, etc.

L'inoculation et l'examen bactériologique permettront de formuler un diagnostic certain à celui qui n'aura pas su reconnaître les chancrelles satellites qui existent en pareil cas.

*Rétrécissement du rectum.* — Le chancre mou peut amener des rétrécissements du rectum ainsi qu'Horiato Bridge l'a signalé. Ces rétrécissements ne sont pas dûs à la rétraction de la cicatrice du chancre, mais à un processus tout particulier qui se passe au-dessus du chancre.

## CHAPITRE VIII

### Importance du chancre mou ano-rectal au point de vue médico-légal

La question du siège précis acquiert une grande importance en médecine légale. La confrontation fait parfois ressortir une telle évidence de superposition entre deux chancres donnés que la relation de cause à effet ne saurait être tenue pour douteuse. Il se trouvent en général du même côté, sur l'organe actif et sur l'organe passif. La position dans laquelle s'accomplissent ordinairement les rapports contre nature donnent la raison de ce fait.

## CHAPITRE IX

### Traitement

Diday divisait en deux catégories le traitement de la chancrelle ano-rectale.

a) *Traitement abortif.*
b) *Traitement morateur.*

Et il ajoutait : « c'est ce dernier qui seul sera possible dans les cas de chancrelle anale. Il consiste à neutraliser peu à peu la propriété contagionnante de la chancrelle, à prévenir et à combattre à mesure qu'ils se produisent les accidents qu'elle détermine et à empêcher les inoculations de voisinage, en un mot à suivre pas à pas dans sa marche l'ulcère et à favoriser son évolution naturelle dont le dernier terme, après un temps voulu par la nature même du mal, est sa guérison spontanée. »

Lorsqu'il s'agit des chancrelles de la rainure interfessière, on obtient la cicatrisation sans trop de difficultés. Ce qu'il importe surtout alors, c'est d'isoler les lésions d'avec les régions envahissables.

Diday traitait les chancres mous de la région anale par des lotions astringentes et des cautérisations pratiquées

à l'aide du crayon au nitrate d'argent promené lestement à leur surface. Si le patient n'a pas à marcher, s'il peut rester étendu sur une chaise longue, Diday applique sur les ulcères des boulettes de charpie imbibée de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau..... | 20 gr. |
| Nitrate d'Argent. | 80 gr. |

Ces boulettes devaient avoir exactement les dimensions de l'ulcère et il fallait les faire pénétrer sous les bords décollés du chancre. Par dessus, on plaçait un plumasseau de charpie sèche et le tout était soutenu par un bandage en T ou un caleçon de natation.

« Si le malade est obligé de se déranger, il faut, dit Diday, isoler les chancres par d'autres moyens. Faire alors de fréquentes ablutions avec des solutions alcooliques de ratanhia et de tannin, sans faire saigner. On peut employer une pommade au nitrate d'argent et à l'axonge à 1/60. La surface du chancre étant modifiée par les caustiques et ayant perdu son aspect sanieux et grisâtre, il suffit de panser au vin aromatique ou baume du samaritain. »

Le pansement de la région anale présente deux difficultés particulières ; d'abord, le malade ne peut guère faire son pansement lui-même et il n'est pas toujours aisé de trouver un aide qui consente deux à trois fois par jour à prêter la main à pareille besogne.

En second lieu, le boudin stercoral passant à travers l'ouverture, agrandit les ulcères, déchire les cicatrices en voie de formation.

Or, la défécation est loin d'être un acte facultatif: c'est sinon la plus nécessaire, du moins la plus impérieuse des

fonctions. Ne pouvant la supprimer, il importe qu'elle soit rendue aussi peu irritante, aussi peu dilacérante que possible.

Dans ce but, Diday administrait 12 à 15 grammes de sulfate de magnésie tous les deux jours ou 5 centigrammes de résine de podophyllin par jour. De plus, dès que le malade sent le besoin d'évacuer, Diday recommande de prendre un quart de lavement de décoction de racine de guimauve ou plus simplement d'huile d'olive, en ayant soin de pousser le lavement à travers une sonde en gomme élastique n° 10, introduite au préalable à 6 ou 8 centimètres dans le rectum.

Tel est dans son ensemble le traitement de la chancrelle anale, suivant Diday. De plus, dans certains cas où des pansements méthodiques modéraient, sans l'arrêter, la marche de l'affection. Diday appliquait la pâte de Canquoin pendant deux heures, en la maintenant au moyen d'une grosse mèche pressée contre le fond de l'ulcère. Celui-ci transformé alors en plaie simple guérissait sans difficulté.

Examinons maintenant les divers caustiques employés contre le chancre mou ano-rectal. Ricord les traitait au moyen de sa pâte sulfocarbonée, faite de charbon et d'acide sulfurique. Balzer et Socin ont employé un mélange de chlorure et d'oxyde de zinc (1/10) additionné d'eau pour en faire une pâte.

Berdal emploie le chlorure de zinc à 1/10 et du Castel l'acide phénique 1/10. Les badigeonnages sont répétés tous les deux jours jusqu'à l'extinction de la virulence. Dans l'intervalle, il faut panser avec soin ; l'iodoforme est un bon topique, mais son odeur si désagréable lui fait préférer l'emploi de ses succédaires (d'inéodoforme, iodol, europhène, aristol). L'aristol en particulier et la poudre

de Lucas-Championnière ont donné d'excellents résultats.

De plus, la chaleur détruisant la virulence du pus chancreux, les bains de siège et les irrigations d'eau très chaude aident puissamment à la guérison.

Le traitement des chancres du rectum est encore plus délicat en raison de leur siège. Ce que nous avons dit du traitement du chancre anal s'applique au chancre rectal; mais de plus, lorsque les chancres sont haut situés dans le rectum la difficulté est grande. Nous nous sommes bien trouvés pour le malade dont nous publions plus loin l'observation de grands lavages rectaux au permanganate de potassium à 4/1000, saupoudrant dans l'intervalle les chancres avec de la poudre à l'aristol.

Les condylômes peuvent être abandonnés à eux-mêmes, s'ils sont trop volumineux, il suffit de couper et de cautériser.

Péan, comme nous le verrons au cours de l'une de nos observations, ayant remarqué que la douleur était particulièrement vive chez les femmes qui avaient de la contracture sphinctérienne avait pensé qu'en faisant cesser la contracture, il ferait également cesser la douleur. Il pratiqua la dilatation de l'anus et eut de bons résultats. Il traita de même les rétrécissements de l'anus par la dilatation et l'introduction de mèches volumineuses.

## OBSERVATION I (Personnelle)

### Chancres mous de l'anus et du rectum

B..., 28 ans, cireur de chaussures, vient le 2 mai 1908 à la consultation de la Charité pour des ganglions des deux aines.

Ces ganglions occupent à la fois le groupe inguinal et le groupe crural (surtout le crural).

Les groupes cruraux ont apparu les premiers il y a quinze jours, les inguinaux ne sont apparus qu'ensuite, les inguinaux gauches il y a seulement quelques jours.

Les ganglions cruraux ont le volume d'un œuf de poule, ils sont surtout gros à gauche où la masse résulte des groupements de plusieurs ganglions (bubon conglomeré) que l'on sent encore séparément. Au niveau des cruraux droits, la peau est un peu rouge. Nous cherchons dans les territoires cutanés correspondant à ces ganglions la cause de ces adénopathies, mais nous ne trouvons rien aux organes génitaux externes. Rien aux pieds ni aux jambes.

Le malade se plaint de perdre *du pus par l'anus*. Or, nous voyons à la partie postérieure de l'anus, une végétation irrégulières qu'on prendrait pour une hémorrhoïde. Un médecin consulté en ville aux dates du 3 avril et du 24 avril a dit au malade qu'il s'agissait d'hémorroïdes. Cette végétation irrégulière est en réalité *une ulcération végétante*

*Examen.* — En écartant l'orifice anal, on voit sur la paroi

gauche de l'anus une ulcération diphtéroïde allongée parallélement à l'axe de celui-ci.

Du pus vert coule par l'anus, analogue à du pus blennhorragique

*Toucher.* — Par le toucher rectal pratiqué avec un doigtier, on sent à la paroi antérieure du rectum une ulcération *creuse* de la dimension d'une pièce de 2 fr., *irrégulièrement arrondie, à bords déchiquetés, sans aucune induration.* Sur la paroi latérale gauche existe une ulcération analogue, soit en tout et au minimum trois chancres mous, très étendus, ce qui explique les adénopathies inguinales multiples.

L'examen microscopique (Bleu de Unna) fait par le docteur Milian de ce pus monte de nombreux bacilles de Ducrey phagocités par des polynucléaires

Pas d'autres microorganismes, pas de gonocoques.

Au Gram, quelques diplocoques violets.

Le malade avoue avoir eu le samedi 28 mars *un coït anal.* involontaire dit-il à la suite duquel il resta constipé 12 à 14 jours, car il se mit à souffrir presque tout de suite.

Les ganglions sont apparus 15 jours après le coït anal. Ils firent souffrir et gênerent le malade au point d'empêcher de marcher et de le forcer à cesser son travail.

Le malade nous dit que ses *matières sont aplaties comme un ruban* et qu'il ressent par moments des crises de brûlure.

9 mai. — Sous l'influence du traitement local, lavages et poudre de Lucas Championnière, les ganglions ont considérablement rétrocédés ils ont diminués de moitié, les phénomènes inflammatoires sont tombés, les ganglions sont devenus *durs* et on les prendrait volontiers pour une *adénopathie de chancre induré.*

14 mai. — Les ganglions sont très diminués. Il ne reste plus que le groupe crural du volume d'une petite noix.

L'anus suppure moins également. Les douleurs persistent toujours.

24 mai. — Aucune lésion sur le corps. L'adénopathie inguinale gauche constituée par :

*Deux ganglions cruraux* (volume d'une petite noix) *et un ganglion inguinal interne* (volume d'une noisette), est très dure et simule en tous points une adénopathie syphilitique.

A droite, un ganglion inguinal interne, plus petit, *dur, et trois ganglions cruraux également durs.*

La suppuration persiste.

*Toucher.* — Les ulcérations se rétrécissent mais sont plus végétantes.

11 juin. — Le malade, après une absence de quinze jours, se présente à la visite. Pas de roséole, pas de chute de cheveux, rien dans la bouche, rien dans la gorge.

Le malade est venu nous trouver parce que les ganglions inguinaux qui étaient disparus ces jours-ci ont réapparu depuis deux jours à la suite d'une longue course à pied.

A droite, il en existe deux du volume d'une noisette, *très durs*, et un grand nombre de petits ; à gauche, un ganglion inguinal interne très dur, et trois ou quatre cruraux volumineux, très durs, disposés parallèlement aux plis de l'anus et un chapelet composé de trois ganglions reliés les uns aux autres par un cordon. Tous ces ganglions sont très durs et à peu près indolores.

Du côté de l'anus, il existe encore du pus moins abondant et plus clair, la végétation anale est diminuée de volume et sa face muqueuse est presque complètement cicatrisée.

*Toucher.* — Le chancre de la paroi interne paraît presque complètement cicatrisé.

On ne sent pas de rétrécissement.

La défécation n'est pour ainsi dire plus douloureuse grâce aux laxatifs : les matières sont encore très rubanées.

## OBSERVATION II (Combres)

La nommée S..., Marie, agée de 27 ans, entre à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare, le 31 mai 1908 pour ulcérations de l'anus et de la fourchette.

L'état général de la malade, ne présente rien de particulier, et les antécédents vénériens sont nuls. A l'examen local de la région ano-rectale, on remarque que l'anus est béant ; la muqueuse anale fait légèrement saillie et affecte la forme d'un bourrelet, irrégulier au niveau de l'orifice anal, c'est une sorte de prolapsus de petit volume, un ectropion inflammatoire ; cette muqueuse extériorisée est altérée, elle est rouge, turgescente, congestionnée, œdémateuse à sa surface ; on constate la présence d'une ulcération entamant le derme sur une assez grande étendue et paraissant résulter de l'association de plusieurs chancres simples. Cette ulcération est remarquable par ses bords taillés à pic, décollés, sanieux ; le fond est irrégulier, anfractueux, gris jaunâtre. La suppuration est abondante et on constate la présense d'un érytème assez marqué siégeant à la région périnéale. La base de l'ulcération, est souple et élastique.

La lésion est très sensible au toucher et elle saigne facilement à la suite de l'exploration.

On n'observe pas d'adénopathie. L'examen des organes génitaux permet de constater la présence des chancres simples multiples siégeant au niveau de la fourchette.

Interrogée, la malade raconte que le début de son affection remonte à deux semaines environ avant son entrée à Saint-Lazare elle ajoute qu'elle est généralement constipée et que depuis une dizaine de jours, elle ressent des besoins fréquents

d'aller à la selle et des douleurs très vives, irradiées du côté du coccyx, des lombes, du périnée pendant la défécation.

On se trouve donc en présence de chancres simples multiples des régions anale et vaginale. L'inoculation n'a pas été faite ; par contre, l'examen bactériologique du produit de râclage des bords de l'ulcération a donné des résultats positifs en ce qui concerne la recherche du bacille de Ducrey. Cet examen microscopique a été pratiqué avant tout traitement dès l'entrée de la femme dans le service. — Le traitement qui a été institué est le suivant : La malade est mise au repos ; on diminue la quantité des matières fécales en supprimant tous les aliments qui laissent de gros résidus et on prescrit un régime presque exclusivement lacté. Pour éviter la constipation qui a tendance à se produire, on donne des purgatifs légers. Localement, on touche l'ulcération deux fois par semaine avec du chlorure de zinc en solution au dizième. Au bout de quelques jours, la plaie paraît avoir perdu de sa virulence. Le chancre est alors saupoudré avec de l'iodoforme ; une feuille d'ouate fixée par un bandage en T maintient la poudre au contact de la région malade.

A la suite de ce traitement, la surface ulcérée change d'aspect ; la suppuration tarit, le fond semble bourgeonner, les bords s'effacent et la plaie, primitivement virulente, est devenue une plaie simple.

Au bout de quatre semaines, lorsque la malade quitte le service, les chancres mous ont fait place à une cicatrice pâle qui ne tardera pas à disparaître.

## OBSERVATION III (Saint-Lazare)

P..., Anne-Marie, âgée de 38 ans, présente à la suite d'un coït anal des chancres mous multiples de la région anale avec

un écoulement purulent assez abondant présentant des grumeaux striés de sang.

L'analyse bactériologique permet de découvrir le bacille de Ducrey. Traités par le vioforme, les chancres guérissent en trois semaines.

## OBSERVATION IV (Saint-Lazare)

**Uréthrite. — Chancres simples multiples de la fourchette de la marge de l'anus et de l'anus**

H..., Louise, 24 ans, réglée à 14 ans. Bien réglée. Etat général bon, sans antécédents ni accidents syphilitiques.

La cavité buccale ne présente rien de particulier si ce n'est une mauvaise implantation des dents avec incisures médianes.

Adénopathie cervicale légère à droite.

*Examen des régions vaginale et anale.* — La malade est atteinte d'uréthrite. Au niveau de la fourchette, de la marge de l'anus et de l'anus, on constate la présence de *plusieurs chancres mous* de dimensions variables, ulcéreux, douloureux au toucher, à bords déchiquetés et à fond jaunâtre.

La recherche du bacille de Ducrey donne un résultat positif. Les chancres traités par des badigeonnages bi-hebdomadaires avec une solution de chlorure de zinc au 1/10 et dans l'intervalle par des pansements à l'iodoforme ont une évolution normale et aboutissent au bout de cinq semaines à la cicatrisation.

## OBSERVATION V (Balzer et Galup)

Elodie C..., 20 ans, domestique, en traitement depuis 2 mois à Saint-Louis, salle Alibert.

Cette femme est entrée dans le service, souffrant de douleurs fort vives et saignant assez abondamment de la région anale pour avoir été, quelques jours auparavant, hospitalisée dans un service de chirurgie de Lariboisière, comme hémorrhoïdaire. A l'examen, on note une forte suppuration de la région anale dont la muqueuse est rouge et enflammée, aussi haut qu'on puisse l'examiner. Entre les plis, apparaît en outre du côté gauche, un chancre mou typique de dimensions assez considérables. D'autres chancres mous s'observent sur les grandes lèvres tuméfiées et violacées. L'examen du pus révèle la présence abondante des bacilles de Ducrey et de gonocoques. La malade est traitée par des injections de permanganate et des pansements à l'iodoforme. Au bout de quelques jours, la suppuration blennhorragique se tarit et les chancres vulvaires se cicatrisent vers le quinzième jour, les caractères du chancre anal se modifient, il s'indure, sa surface devient plus rouge. On ne trouve pas le treponema pallidum, mais depuis quelques jours, se sont développées sur tout le corps des syphilides papulo-squameuses qui ont montré que la région ano-rectale avait été le siège d'une triple infection gonococcique chancrelleuse et syphilitique.

## OBSERVATION VI (Péan et Malassez)

Bert.., Joséphine, 35 ans est atteinte :

1° D'une ulcération de la grande lèvre droite ; cette ulcération a des bords irréguliers, peu saillants, non décollés et rosés,

le fond est gris rosé comme les bords et suintant légèrement. De plus cette ulcération présente une base qui la fait saillir au dessus des tissus circonvoisins, cette base est rosée et offre au toucher de l'induration inflammatoire.

Monoadénite droite.

2° A l'anus, trois condylômes violacés, deux en arrière et un en avant; ils sont ulcérés par leur partie interne et cette ulcération se prolonge dans le rectum jusqu'au niveau du bord supérieur du sphincter; pas de contracrture, toucher douloureux.

Elle éprouve des alternatives de diarrhée et de constipation, et il lui arrive souvent de perdre du sang par le fondement.

Cette femme raconte que vers le milieu du mois de mars, elle eut un amant qu'elle vit pour la dernière fois le 12 avril.

Huit jours après, le 20 avril, elle éprouvait une grande fatigue par tout le corps avec fièvre et céphalée. Ces symptômes persistèrent une semaine environ : puis, vers la fin du même mois apparurent l'ulcération vulvaire, ensuite les condylômes, enfin le bubon.

Il n'existe pas de syphilis.

Pour assurer le diagnostic, le pus inoculé donna un chancre mou.

La malade traitée par des cautérisations sort guérie le 8 juillet.

## OBSERVATION VII

**Chancre mou de l'anus. Fissure se transformant en chancre**

Bla... Marie-Louise, 24 ans, domestique, entrée le 17 septembre présente deux ulcérations anales, l'une antérieure, l'autre postérieure. Ces deux ulcérations sont de forme triangulaire à base cutanée, à sommet rectal. La base mesure lorsque l'anus

est déplissé un centimètre environ et le haut de l'ulcération se termine au niveau du bord supérieur du sphincter. L'antérieure est plus profonde, ses bords sont taillés à pic ; le fond est grisâtre avec quelques stries rouges, longitudinales ; à sa base est un condylôme dont la face interne est ulcérée et se continue avec cette ulcération antérieure. La postérieure est beaucoup plus superficielle ; ses bords sont à peine saillants, son fond est rose ; elle est du reste comme cachée au fond d'un replie anal. Cependant elle possède à sa base et c'est ce qui la fait découvrir, un petit condylôme légèrement pédiculé ; le condylôme présente à sa face interne une petite ulcération qui ne se continue pas avec la fissure. Il est à remarquer que le point où elle siège est en rapport avec l'ulcération du condylôme antérieur ; il y a de la contracture, de la douleur très vive, s'exaspérant par le toucher, la défécation, la marche.

Enfin, la malade perd par le fondement du muco pus et quand elle va à la selle, ses matières sont striées de sang ; elle est ordinairement très constipée. Les organes génitaux ne présentent aucune lésion, si ce n'est une simple leucorrhée vaginale.

Cette malade nous a raconté qu'elle a commencé à souffrir du rectum, il y a trois mois et que le bouton qu'elle a à l'anus (condylôme) est apparu à cette époque, que les douleurs sont devenues de plus en plus intolérables ; elle ne perd, dit-elle, que depuis 2 mois. Comme traitement, elle prenait des lavements et se lotionnait à l'alcool. Elle affirme n'avoir eu aucun rapport antiphysique et ne croit pas son amant malade.

18 septembre. — Inoculation : 1° de l'ulcération antérieure, 2° de l'ulcération du condylôme postérieur, 3° de l'ulcération postérieure. Bains, pas d'autre traitement.

29 septembre. — Deux des inoculations ont réussi ; celle de l'ulcération postérieure a seule manqué Les ulcérations ont le même aspect ; cependant la surface de la postérieure est

moins rosée ; ses bords un peu plus saillants et comme relevés.

Les bains ont soulagé la malade.

*Cautérisations tous les huit jours au nitrate d'argent*

Chaque cautérisation amène une douleur qui dure 2 heures environ et est suivie d'un mieux sensible, augmentant à chaque fois. Après la 2e cautérisation, elle ne souffrait plus pour aller à la selle, ne perdait plus de sang et rendait beaucoup moins de matières purulentes. Enfin, les ulcérations se cicatrisent, les douleurs cessent, la contracture disparaît sans dilatation.

28 octobre. — La malade sort parfaitement guérie. A la place des ulcérations, on voit une surface opaline de cicatrisation.

## OBSERVATION VIII (Pean et Malassez)

Bri.., Marie, 28 ans, mécanicienne, entrée à l'Hôpital le 3 septembre nous présente l'état suivant :

Les régions vulvaires et anales sont garnies d'ulcérations à divers degrés de développement.

Les ulcérations vulvaires qui se trouvent à la partie inférieure des grandes lèvres ont un diamètre de 2 à 5 millimètres un fond grisâtre, des bords nettement taillés à pic, un pourtour rouge, mais peu saillant. Celles qui sont au-dessus sont encore plus petites, ont un fond rouge et siègent sur une base rouge faisant saillie au-dessus des téguments. Enfin, plus haut encore, on voit de simples rougeurs saillantes sans ulcération à leur sommet. Entre ces diverses lésions, en existent d'autres intermédiaires formant le passage, de telle sorte qu'on peut les considérer comme étant les divers degrés d'une même lésion.

Quant aux ulcérations de la région anale, elles forment comme un cercle dont l'anus serait le centre ; elles ont un pourtour moins large, moins saillant et moins rouge que les ulcérations vulvaires ; leurs bords sont taillés à pic et décollés ; leur fond est franchement grisâtre ; enfin, elles sont beaucoup plus grandes. Il en est une surtout qui est plus étendue que toutes les autres, occupant le sillon interfessier à 2 centimètres environ de l'orifice anal ; comme elle s'étend sur les deux côtés de ce sillon, elle a la forme d'une gouttière, et elle mesure de 1 à 2 centimètres de diamètre. A l'anus même, on voit en avant et sur les côtés, plusieurs tumeurs hémorrhoïdaires ; puis en arrière et un peu à gauche, un volumineux condylôme. En déplissant l'anus, on voit que la face externe de ce condylôme est ulcérée, et que cette ulcération se continue dans le rectum ; les bords en sont décollés et taillés à pic ; le fond est grisâtre ; il présente des stries longitudinales d'un rouge foncé, qui paraissent de nature variqueuse ; du reste, cette ulcération saigne facilement ; par le toucher, on la suit jusqu'au niveau du bord supérieur du sphincter, où elle se termine par une espèce de petite saillie, comme un petit condylôme interne ; le toucher est douloureux, le sphincter n'est pas contracturé.

Cette malade ne souffre de l'anus que depuis 2 à 3 jours ; le mal, dit elle, a commencé par un petit bouton au fondement, lequel s'est ouvert, et c'est alors que les autres sont venus. Impossible d'obtenir des détails sur l'origine de ces chancres ; elle nie tout rapport antiphysique et affirme n'avoir jamais eu une maladie vénérienne quelconque.

Avant de commencer le traitement, nous inoculons l'ulcération anale, l'ulcération interfessière, les ulcérations périanales et vulvaires.

15 septembre. — Les inoculations ont toutes réussi, sauf celles des ulcérations vulvaires. On les inocule de nouveau ; puis comme elles se sont aggravées, on les cautérise ainsi que celles du pourtour de l'anus. On ne touche pas à l'ulcération anale.

22 septembre. — Les inoculations des ulcérations vulvaires ont réussi ; elles sont cautérisées.

29 septembre. — Tous les chancres sont guéris. On commence alors le traitement des ulcérations anales par les mèches enduites de pommade au ratanhia et à la belladone.

13 octobre. — La malade souffre beaucoup moins de l'anus, surtout pour aller à la selle ; le fond de l'ulcération a perdu son aspect jaunâtre ; les bords semblent moins décollés ; la région paraît moins variqueuse. L'ulcération chancreuse s'est transformée en ulcération simple.

17 novembre. — A la place de l'ulcération, on ne voit plus qu'une surface rouge à bords à peine saillants. La malade ne souffre plus. Le condylôme a disparu presque totalement. Les mèches sont supprimées. Légère cautérisation au crayon de nitrate d'argent, afin d'activer la cautérisation.

2 décembre. — La malade sort parfaitement guérie ; à la place de l'ulcération anale, on ne voit plus qu'une surface opaline ; il n'existe pas de rétrécissement rectal.

## OBSERVATION IX (Pean et Malassez)

Cla... Antoinette, 29 ans, entrée le 18 mai, n'a jamais eu de maladie vénérienne. Elle se plaint de souffrir de l'anus depuis un mois environ ; elle avait alors un amant avec lequel elle eut un rapport contre nature ; elle perdit du sang par l'anus et dès ce jour, elle commença à souffrir en allant à la selle. Six jours après apparaissait un bubon et le surlendemain elle entrait à l'hôpital.

Le col de l'utérus présente au pourtour de son orifice quatre

ulcérations à surface grisâtre et ayant de 3 à quatre millimètres de diamètre ; le toucher est très douloureux. La muqueuse vaginale est rouge et laisse suinter un liquide sero-purulent.

A la partie postérieure de l'anus est un volumineux condylôme dont la face interne est ulcérée ; cette ulcération se prolonge dans le rectum jusqu'au niveau du bord postérieur du sphincter ; les bords en sont taillés à pic, déchiquetés et décollés, le fond en est grisâtre.

Cautérisation du chancre anal toutes les semaines et mèches tous les jours. Le 1er juillet la malade ne souffrant plus pour aller à la selle, sort de l'hôpital sur sa demande. Cependant l'ulcération n'est pas complètement guérie ; il reste encore une ulcération simple à fond rosé, à bords non décollés.

## OBSERVATION X (Pean et Malassez)

Do..., Justine, 21 ans, entrée le 15 octobre, se dit malade depuis quinze jours. Elle avait alors une petite écorchure à la partie inférieure de la grande lèvre droite. A cette écorchure a succédé un bouton blanc, et en même temps est apparue à l'aine droite, une grosseur douloureuse. Enfin dans ces derniers temps, elle a commencé à souffrir de l'anus.

Elle avait, quand elle est tombée malade, un amant qu'elle a su depuis avoir mal aux parties sexuelles ; elle n'a pas eu de rapprochement contre nature, si ce n'est un seul, mais il y a 8 mois et elle n'a éprouvé ni perte de sang, ni souffrance. Au moment où le bouton de la vulve apparaissait, elle avait une constipation très opiniâtre amenant des selles très douloureuses.

Actuellement, cette malade présente à l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite et sur la cuisse du même côté deux

ulcérations à bords irréguliers, à contours saillants et enflammés (plaques muqueuses ulcérées, ou chancre mou ?) A la partie postérieure de l'anus est un condylôme, et en déplissant cette région on voit une ulcération se prolongeant dans le rectum jusqu'au voisinage du bord supérieur du sphincter ; le fond est grisâtre, les bords sont taillés à pic, irréguliers ; il y a de la contracture.

Les ulcérations vulvaires, crurales et anales sont inoculées et toutes donnent des résultats positifs.

Cautérisation au nitrate d'argent et mèches.

17 novembre. — La malade ne souffre plus pour aller à la selle ; les chancres de la vulve et de la cuisse sont guéris ; l'ulcération anale n'est plus chancreuse ; les bords ne sont plus ni taillés à pic ni déchiquetés ; son fond n'est plus grisâtre ; les bords sont peu saillants, non décollés ; le fond est d'un beau rouge.

2 décembre. — La malade sort parfaitement guérie ; à la place de l'ulcération, on ne voit plus qu'une surface rosée, à teinte opaline.

## OBSERVATION XI (Péan et Malassez)

Gene... Pauline, 20 ans, entré le 29 octobre, est malade depuis deux semaines. Elle avait eu des rapports 8 jours avant avec un homme qu'elle sait depuis être malade.

Elle nous présente un chancre mou du pli vulvo-crural et une ulcération chancreuse anale avec un condylôme.

Traitée par les cautérisations.

23 novembre. — Le chancre vulvo-crural est guéri ; l'ulcération chancreuse de l'anus améliorée considérablement, ce n'est plus qu'une surface rouge, sans bords taillés à pic.

## OBSERVATION XII (Péan et Malassez)

**Chancres mous de l'anus et du Rectum**
**Rétrécissement du Rectum — Dilatation**

Lef... Marie 21 ans entrée le 9 avril est malade depuis quatre mois. Il lui était survenu des pertes jaunes très abondantes, sans chaudepisse ; à quelque temps de là elle éprouva des souffrances à l'anus ; elle était très constipée et elle rendait avec les matières du sang et parfois, dit-elle, des morceaux de chair ; elle nie tout rapport contre nature et assure n'avoir jamais eu de boutons aux parties, ni taches sur la poitrine, ni mal de gorge. Les cheveux sont cependant tombés depuis qu'elle est malade. Elle fut traitée et guérie de ses écoulements par des tampons d'alun et des injections de feuilles de noyer.

Les plis de l'anus, les postérieurs surtout, sont hypertrophiés et forment de véritables condylômes allongés, rayonnants autour de l'orifice anal ; leur surface est légèrement mamelonnée ; ils sont un peu violacés, comme congestionnés. Pas d'hémorrhoïdes. En arrière il existe un condylôme plus large, plus saillant que les autres, quoique moins long ; si on déplisse la région on reconnaît qu'il est ulcéré par sa face anale et que cette ulcération se prolonge dans le rectum ; jusqu'à 2 ou 3 centimètres de l'orifice, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la lèvre supérieure du sphincter qui est contracturé Au-dessus, le doigt rencontre une sorte de saillie molle, irrégulière, qui rétrécit le canal ; en poussant un peu, on dépasse bientôt cette espèce de valvule qui paraît peu épaisse et on arrive dans une partie beaucoup plus large et à surface lisse. Cet examen est très douloureux. En retirant le doigt, on voit sortir à sa suite une grosse larme de matière épaisse et jaunâtre. Ayant endormi la malade, on découvre au spéculum l'ulcération dans toute son étendue et la partie inférieure du rétrécissement ; l'ulcération est allongée suivant l'axe du rectum, plus large à sa paroi supérieure au voi-

sinage du rétrécissement ; les contours sont irréguliers, mamelonnés, végétants, les bords taillés à pic, le fond grisâtre et dans la partie supérieure surtout, il existe des petites saillies d'un rouge assez vif. Les saillies qui bordent l'ulcération se continuent avec le tissu de retrécissement ; celui-ci est mamelonné, rouge vif, végétant.

La malade a des alternatives de diarrhée et de constipation ; dans ce dernier cas, les matières sont *effilées*, striées de sang et de sanie purulente, et la défécation est très pénible. De plus, il s'écoule de l'anus une sanie purulente amenant de fréquentes envies d'aller à la selle, tachant en jaune le linge et l'empesant comme l'amidon.

24 avril. — La malade étant chloroformée. M. Péan pratique la dilatation forcée ; les tissus qui forment le rétrécissement cèdent assez rapidement; de grosses mèches rectales sont placées journellement et l'ulcération anale est cautérisée tous les huit jours. Par ce traitement, la douleur disparaît, le toucher rectal et les selles ne sont plus pénibles. A la place du rétrécissement on trouve une surface mamelonnée irrégulière ne faisant pas saillie ; l'ulcération tend à la guérison ; les bords se continuent avec le fond qui est d'un beau rouge. Il s'écoule toujours de l'anus une grande quantité de pus jaune crémeux.

La malade nous quitte (28 mai) sans attendre complète guérison.

3 septembre. — Elle se présente à la consultation de l'hôpital: l'anus présente 2 condylômes volumineux et sur l'un d'eux, une ulcération profonde à bords taillés à pic, mais non décollés et sans fond grisâtre. Le rétrécissement n'a pas reparu ; l'ulcération est cicatrisée, dans sa partie inférieure du moins ; mais là où était sa partie la plus profonde, immédiatement au-dessous des mamelons, débris du rétrécissement, on trouve une ulcération profonde, ayant environ la largeur d'une pièce de 50 centimes. La malade ne souffre plus, mais perd toujours beaucoup de pus par le fondement et se plaint d'avoir souvent

de la diarrhée. Pendant tout le temps de son séjour hors de l'hôpital, elle a mis des mèches, aussi l'anus est-il fortement dilaté

Le 8 octobre, la malade rentre à l'hôpital, à peu près dans le même état. Nous lui ordonnons des mèches enduites de pommade à l'extrait de ratanhia et belladone, et nous cautérisons l'ulcération profonde de l'anus.

Un mieux sensible apparaît, les pertes diminuent, l'ulcération se cicatrise en partie, mais la partie la plus profonde persiste encore sous forme de petite cavité en cul-de-sac et constitue ainsi une véritable fistule borgne interne. Nous enlevons (30 octobre) avec les ciseaux courbes le pont qui forme la paroi de cette fistule borgne interne ; nous continuons les mèches et les cautérisations.

La malade allait de mieux en mieux quand, le 19 novembre, elle fut obligée de quitter l'hôpital pour insubordination.

Le 16 août de l'année suivante, l'un de nous retrouve la malade à la Pitié. Elle y était entrée pour se faire soigner d'une hydarthrose du genou droit. Elle nous raconte qu'elle ne souffre plus du fondement, que ses défécations sont faciles, si bien qu'elle n'a pas voulu parler de son accident antérieur dans le service. Elle perd encore un peu de muco-pus ; par le toucher on arrive, à 3 cent. 1/2 de l'orifice, sur une bride résistante, siégeant sur la paroi postérieure et gauche du rectum ; elle ne produit pas, à vrai dire, du rétrécissement, mais plutôt une simple diminution dans la dilatation du rectum en ce point.

Ajoutons qu'il ne lui est arrivé aucune affection qu'on puisse attribuer à la syphilis, et, qu'actuellement, elle n'en présente aucune trace.

## OBSERVATION XIII (Péan et Malassez)

Mich... Marie, 17 ans, entrée le 9 avril, a déjà eu un écoulement, il y a 9 mois environ, guéri en quinze jours Elle est retombée malade il y a un mois, quatre jours après un coït suspect ; elle ne s'est pas soignée et a continué à voir des hommes ; elle avoue avoir subi plusieurs rapprochements contre nature et depuis, elle souffre de l'anus.

Aujourd'hui, elle présente un œdème vulvaire considérable lié à une vulvite intense ; il n'y a pas d'ulcération à la vulve, le vagin est rouge et le siège d'un écoulement jaune vert. A la partie postérieure de l'anus, condylôme et ulcération remontant dans le rectum, à bords taillés à pic, déchiquetés et décollés, à fond grisâtre et rouge par places.

Lavages, tampons d'alun, cautérisations et mèches.

19 avril. — L'œdème vulvaire a disparu. L'écoulement a diminué. L'ulcération anale a son fond rouge en voie de cicatrisation.

10 juin. — La malade ne perd plus, le condylôme est devenu très peu volumineux. L'ulcération anale est en partie cicatrisée.

20 juin. — Sort guérie.

## OBSERVATION XIV (Péan et Malassez)

Wuis... Valentine, 21 ans, entrée le 27 octobre, a, depuis six mois, un chancre de la fourchette. Malade depuis six semaines environ, elle perd et souffre de l'anus et du ventre,

elle avoue un rapport contre nature, mais cela près de deux mois avant de tomber malade.

Elle n'a pas de leucorrhée ; sur la lèvre antérieure du col utérin, elle présente une ulcération, probablement chancreuse, à l'anus, ulcération chancreuse que nous avons inoculée et qui nous a donné un caractère positif.

Cautérisations, mèches cératées.

18 novembre. — La malade sort ; l'ulcération du col est guérie, mais le chancre anal ne l'est pas complètement. Cependant, les bords ne sont pas taillés à pic, ni décollés ; ils se continuent presque insensiblement avec le fond qui est opalin à la périphérie, rouge vif au centre ; en somme, ce n'est plus qu'une ulcération simple en bonne voie de cicatrisation.

## OBSERVATION XV (Péan et Malassez

Rib... Marie, 27 ans, entrée le 19 novembre, souffre depuis quinze jours de la matrice, et depuis dix jours de l'anus : elle a subi plusieurs fois des tentatives infructueuses de rapprochement contre nature.

Elle porte, à la fourchette, un petit chancre mou, et à l'anus deux condylômes ulcérés par leur face interne, à fond grisâtre, à bords décollés et taillés à pic, se prolonge jusqu'à l'ampoule rectale.

Cautérisations, mèches.

Le chancre de la fourchette guérit complètement, les ulcérations chancreuses de l'anus se transforment en ulcérations simples.

17 janvier. — Surface rosée, opaline, le rectum est souple, on ne trouve pas de rétrécissement.

## OBSERVATION XV (Wehenckel, de Bruxelles)

Il s'agit d'une observation de perforation du rectum avec hémorrhagie dans la cavité péritonéale, qui détermina une péritonite mortelle.

La cause primitive avait été un chancre mou du rectum, chez une fille de 23 ans, prostituée. Ce chancre, resté méconnu, et par conséquent non traité, était devenu phagédénique, térébrant, avait détruit les tuniques instestinales en profondeur comme en surface, et tandis que ses bords se cicatrisaient, le fond continuait à s'ulcérer. Des proliférations celluleuses protégèrent pendant quelque temps l'instestin et l'empêchèrent de se perforer, mais l'ulcère continuant sa marche envahissante, détruisant tout devant lui, a déterminé la perforation du rectum. Du reste, ce qui dans le cas présent a mis hors de doute le caractère et la nature des lésions qui ont amené les accidents rapidement mortels, c'est qu'il existait un second chancre, moins grand que le premier et en voie de développement ; de plus, une érosion chancreuse se trouvait dans le vagin.

L'ouverture du rectum a montré, en effet, à 12 centimètres de l'orifice anal, une perte de substance arrondie de plus de 2 centimètres de diamètre et, un peu plus haut, à quelques millimètres de cette ulcération, une seconde perforation large de 5 millimètres environ. Les bords de la première étaient parfaitement cicatrisés, tandis que ceux de la seconde étaient encore en voie d'ulcération. Une abondante quantité de tissu conjonctif avait oblitéré la large perforation et empêché la pénétration des matières fécales dans la cavité abdominale, jusqu'au moment où, les adhérences se détruisant, le sang des vaisseaux nombreux dans ces parties ulcérées, a pu s'épancher libre-

ment dans la cavité péritonéale et y déterminer les accidents graves auxquels la malade a succombé.

Les lésions du rectum ont donc certainement marché de bas en haut et de dehors en dedans, le reste de l'intestin étant parfaitement sain, sans aucune trace de colite ou de rectite.

(*Presse médicale Belge*).

## CONCLUSIONS

*a*). Les chancres mous de la région ano-rectale surviennent chez l'homme par inoculation directe. Chez la femme, où ils sont plus fréquents, ils sont très souvent produits par auto-inoculation, le pus de la région vulvo-vaginale s'écoulant vers l'anus.

*b*). Ils se présentent avec les caractères ordinaires des chancres mous, affectant toutefois une forme fissuraire, dûe à la constitution anatomique de la région.

*c*). Très douloureux, s'exaspérant par la défécation, la station assise et le toucher, ils sont chez les sujets qui en sont porteurs des causes de troubles considérables de l'état général et en particulier de profonde neurasthénie.

*d*). L'examen doit être très minutieux. Il faut avoir soin de bien déplisser l'anus pour apercevoir les chancres et faire le diagnostic différentiel avec le chancre syphilitique, les fissures, fistules et abcès ano-rectaux, les plaques muqueuses, les ulcérations cancéreuses, la blennhorragie ano-rectale.

*e*). L'évolution est en moyenne de 4 à 5 semaines. Toutefois la guérison peut se faire attendre plus longtemps. D'ailleurs les complications sont nombreuses ; le chancre mou peut se compliquer d'inoculation syphilitique, il peut

compliquer les accidents syphilitiques secondaires, se développer sur un anus hémorhoïdaire, s'accompagner de phagédénisme et de rétrécissement du rectum.

*f*) Le traitement consistera en laxatifs légers rendant la défécation moins pénible, en lavages au permanganate dans l'intervalle desquels on saupoudrera la région malade de poudre de Lucas-Championnière ou simplement de poudre d'aristol.

Vu : le Président de la Thèse,
Dr A. CHANTEMESSE.

Vu : le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


BERDAL. — Maladies vénériennes.

CHATIN. — *Thèse*, Paris, 1901. — Chancres simples extragénitaux

BALZER et GALUP. — *Bulletin de la Société de Dermatologie et syphiligraphie*, 1907.

MOLLIÉRE. — Maladies du rectum et de l'anus, 1877.

TARDIEU. — Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs p. 171.

HORATIO BRIDGE. — A case of chancroïdal ulceration and stricture of the rectum treated by lombar colotomy, with remarks. *Archiv. of Dermatology*, V. S. n° 11, New-York, janvier 1876.

JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1879.

Ambroise PARÉ. — Lib. XXIV, cap. LXXXVII.

LERMOYEZ. - Etude sur le condylôme anal (*Annales de Dermatol. et syph.* t. III, p. 708.

WEHENCKEL de Bruxelles. — Chancre mou du rectum suivi de perforation, mort. *Presse medicale belge*, 1881, *Gaz. des Hôpitaux*, 1881, p. 508.

PÉAN et MALASSEZ. — Etude clinique sur les ulcérations anales, 1871.

FOURNIER. — *Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, art. Chancre, p. 72.

DIDAY. — *La Pratique des maladies vénériennes*, 1894. Art. chancrelle.

HERBET. — *Pratique médico-chirurgicale*. Article Anus.



Imp. Alfred LECLERC, Paris.